

Artigos Originais

Hiperactividade de esforço – Uma forma de incontinência

Tânia Oliveira Silva*

Luis Abranches Monteiro**

* Interna do Internato Complementar de Urologia

** Consultor de Urologia

Serviço de Urologia do Hospital de Curry Cabral - Consulta de Uropatia Neurogénica

Director: Dr. Rocha Mendes

Resumo

A incontinência urinária de esforço é geralmente diagnosticada segundo bases clínicas em que a perda resultante do esforço é a chave. Os mecanismos geralmente implicados são deficiência do suporte uretral e a insuficiência esfinteriana. No entanto, estas perdas podem surgir por verdadeiras contracções do detrusor desencadeadas pelo esforço. O reconhecimento desta causa é urodinâmico e tem implicações fisiopatológicas e terapêuticas importantes. Revimos uma série de exames urodinâmicos de mulheres incontinentes e encontramos 16% de casos de contracções induzidas pelo esforço (hiperactividade de esforço) sendo a causa da incontinência em 6%.

Palavras chave: incontinência; bexiga hiperactiva; detrusor hiperactivo

Abstract

Stress urinary incontinence is usually diagnosed on clinical grounds where urinary loss after an abdominal effort is the key. Urethral support abnormalities and sphincter insufficiency are the most likely mechanisms. However, these losses can be secondary to true detrusor contractions triggered by abdominal stress. This recognition must be urodynamic and has important pathophysiological and therapeutic implications. We reviewed a series of urodynamic examinations of incontinent women and found 16% stress-induced detrusor contractions (stress hyperactivity) being the cause of incontinence in 6%.

Key words: incontinence; overactive bladder; hyperactive detrusor

Introdução

As incontinências de esforço femininas são diagnosticadas segundo uma base clínica, pelo que a simples perda involuntária provocada pelo esforço é o conceito chave.

Tradicionalmente admitem-se duas formas etiopatogénicas distintas: a hiper mobilidade uretral por defei-

to do pavimento pélvico e a insuficiência esfinteriana, podendo ambas, no entanto, coexistir.

A primeira forma caracteriza-se pela ocorrência de perdas para esforços súbitos e de grande intensidade, como a tosse. Assim, ao exame objectivo é notória a hiper mobilidade cérvico-uretral, e as manobras clínicas que limitam essa mobilidade promovem a eliminação das perdas.

A segunda manifesta-se igualmente por perdas síncronas com o esforço menos intenso mas mantido, como seja na manobra de Valsalva.

No entanto, nem todas as doentes com perdas ao esforço obedecem a estes padrões, uma vez que nem sempre a perda é síncrona com o esforço. É antes resultado da contracção do detrusor desencadeada pelos esforços (tosse e/ou manobra de Valsalva), ou seja, as perdas resultam do esforço mas o padrão temporal é ligeiramente diferente. Em vez de serem síncronas com a actividade abdominal, surgem diferidas. Esta diferença temporal, não é contudo de fácil percepção clínica.

As contracções, registadas facilmente em estudos urodinâmicos, podem ter magnitudes variáveis, produzindo ou não perdas urinárias, nem sempre acompanhadas de clara imperiosidade.

Levam assim à falsa impressão de se tratar de uma vulgar incontinência de esforço de causa esfíncteriana ou periuretral.

Compreende-se que assim, os métodos habituais de tratamento das incontinências de esforço, não obtenham o mesmo sucesso nestes casos, podendo inclusive agravá-los.

Porque se trata de uma hiperactividade do detrusor, mas induzida pelo esforço, chamamos a este mecanismo de hiperactividade de esforço.

Tentámos avaliar a sua prevalência num universo de mulheres com queixas de incontinência urinária, independentemente da sua clínica.

Materiais e métodos

Foram revistas retrospectivamente 143 cistomanometrias de mulheres com queixas de incontinência urinária, com ou sem história de imperiosidade associada. Foram excluídas as mulheres com menos de 18 anos, doença neurológica conhecida, cirurgia pélvica nos últimos 5 anos, e as que não conseguiram fluxo na fase de esvaziamento, ou por obstrução ou por acontractilidade do detrusor. Conseguiu-se assim uma amostra de 100 mulheres examinadas durante os meses de Outubro a Dezembro de 2005, com idades compreendidas entre os 22 e os 83 anos (média e mediana de 59 anos e desvio padrão de 12 anos).

As cistomanometrias foram executadas com um aparelho Solar® (MMS, B. V. The Netherlands) com catéter de duplo lúmen (entre 6 e 8 FR). Registaram-se canais de pressão vesical (pves), pressão abdominal (pabd) e fluxometria (Q). Os estudos foram realizados por apenas dois observadores.

Contractilidade do detrusor

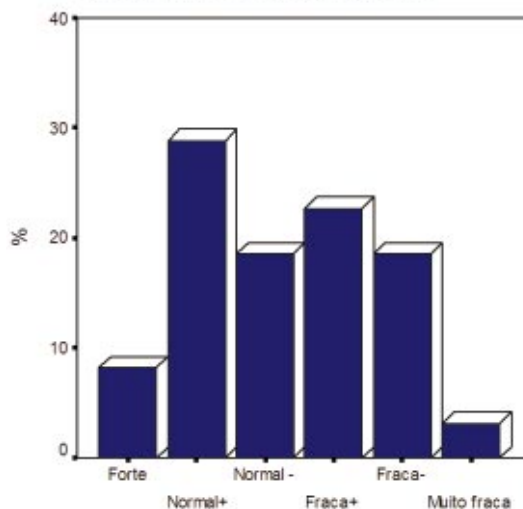


Gráfico 1 - A distribuição das capacidades contrácteis miccionais do detrusor é aproximadamente gaussiana

O enchimento fez-se a uma taxa de 50 a 100 ml/min e foram testadas perdas à tosse e manobra de Valsalva aos 200 ml instilados. Foram cumpridas a regras de estudos urodinâmicos preconizadas pela International Continence Society¹. Na fase de esvaziamento foi usado o nomograma de Schaffer para avaliação comparativa da resistência uretral e contractilidade do detrusor.

Registou-se o volume urinado e a existência de resíduo pós-miccional, de contracções não inibidas do detrusor, urgência sensitiva e contracções do detrusor desencadeadas pelo esforço da tosse ou manobras de Valsalva. Como não há parâmetros de definição deste tipo de contracções do detrusor, arbitrámos serem consideradas apenas as que surgem a menos de 1 segundo após um esforço voluntário.

O estudo estatístico da amostra foi realizado pelo SPSS (Lead Technologies Inc.).

Resultados

Verificou-se haver hiperactividade do detrusor em 42%, seja esta ou não a causa de incontinência durante o estudo.

Em 11% foi reportado desejo miccional intenso sem que se detectasse actividade contráctil do detrusor associada, correspondendo ao diagnóstico urodinâmico de urgência sensitiva.

As contracções não inibidas do detrusor a menos de 1 segundo de um esforço pedido (hiperactividade de esforço) foram encontradas em 16% das doentes. 6 destas (6%) tiveram perdas urinárias involuntárias pro-

Tabela 1

Hiperactividade de esforço		Detrusor hiperactivo		Total
		Não	Sim	
Não	% dentre a Hiperactividade de esforço	53(63,1%)	31(36,9%)	84(100,0%)
Sim	% dentre a Hiperactividade de esforço	5 (31,3%)	11 (68,8%)	16 (100,0%)

duzidas por esta contracção (incontinência por hiperactividade de esforço).

A capacidade contráctil miccional do detrusor teve uma distribuição aproximadamente gaussiana (gráfico 1) e a média é a “Normal” do nomograma de Schaeffer embora este tenha sido desenhado para estudar a relação pressão/fluxo masculina.

Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre a capacidade contractil do detrusor e hiperactividade de esforço ou com a existência de detrusor hiperactivo.

Encontrou-se contudo uma associação estatisticamente significativa entre a existência de hiperactividade do detrusor e hiperactividade de esforço para um p de 0,018, utilizando o chi-quadrado (tabela 1), para um odd-ratio de 0,26.

Discussão

Esta condição, embora muito menos frequente que a incontinência de esforço genuína ou a de imperiosidade, está longe de ser rara. No entanto, só uma cistometria permite o diagnóstico.

Numa serie de doentes testadas por cistometria para esclarecimento de uma incontinência, verificamos haver cerca de 6% de doentes, que tendo ou não hiperactividade do detrusor isolada e tendo ou não perdas sincronas com a tosse (sugerindo causa uretral) (figura 1), apresentam os “complexos de ponta-onda” no traçado vesical, ou seja, tosse-contracção. Muitos destes complexos resultam em perda (figuras 2 e 3).

A fisiopatologia desta condição não está bem compreendida. Naturalmente, trata-se de uma forma de hiperactividade do detrusor estando mais perto das urgíntinências do que das perdas urinárias por causa mecânica.

O que faz com que as diversas actividades contrácteis que ocorrem durante a tosse ou os espirros levem à contracção do detrusor não é claro.

Possivelmente, os aumentos da pressão abdominal podem, sob alguma repleção vesical, forçar a abertura

do colo, por aumentarem subitamente a pressão intravesical. Esta súbita distensão cervica-uretral pode gerar um reflexo miccional de contracção do detrusor com relaxamento uretral e consequentes perdas involuntárias. A esta sequência se tem chamado de reflexo uretro-vesical² (figura 5).

Foi provada a indução contractil do detrusor a partir de aferências uretrais^{3,4} podendo este reflexo ter importância na manutenção da contractilidade do detrusor durante a micção, enquanto houver fluxo de urina a percorrer a uretra proximal.

É possível que a conhecida correlação entre a hiperactividade do detrusor e alguns casos de incontinência genuína de esforço se baseie também neste mecanismo⁵. Assim se explicaria também a melhoria das contracções não inibidas do detrusor após interferência cirúrgica no estado do colo vesical e uretra proximal como acontece nas colposuspensões e slings subcervicais (mas não nas vulgares fitas sub-uretrais).

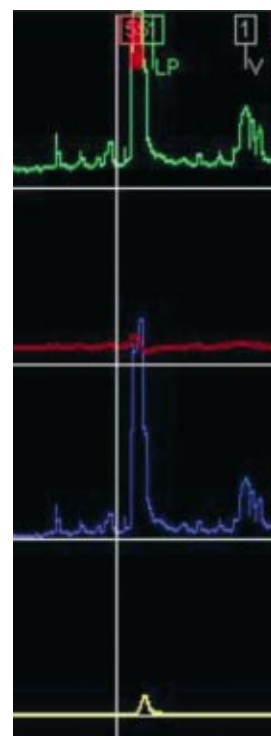


Figura 1 - Perda síncrona com o esforço da tosse numa incontinência genuína de esforço

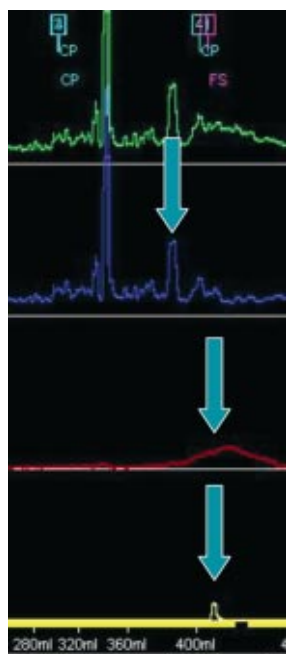


Figura 2 - Sem perda ao esforço da tosse e sem perda síncrona com a manobra de Valsalva. Esta produz contração do detrusor, que origina a perda urinária.

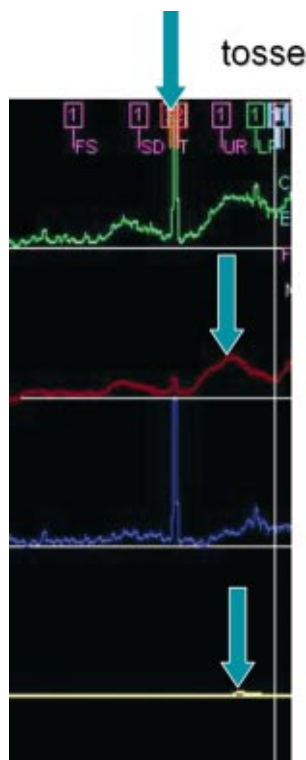


Figura 3 - Contração do detrusor no seguimento de um esforço de tosse (complexo ponta-onda da pressão vesical). Perda síncrona com a contração do detrusor.

Foi interessante verificar que se estabelecia uma clara relação entre a hiperactividade de esforço e a existência de detrusor hiperactivo não relacionado com qualquer esforço o que atesta a sua similitude fisiopatológica. Não se encontrou nenhuma relação entre a incontinência síncrona com o esforço e esta hiperactividade de esforço, muito embora nalguns casos tenham coexistido.

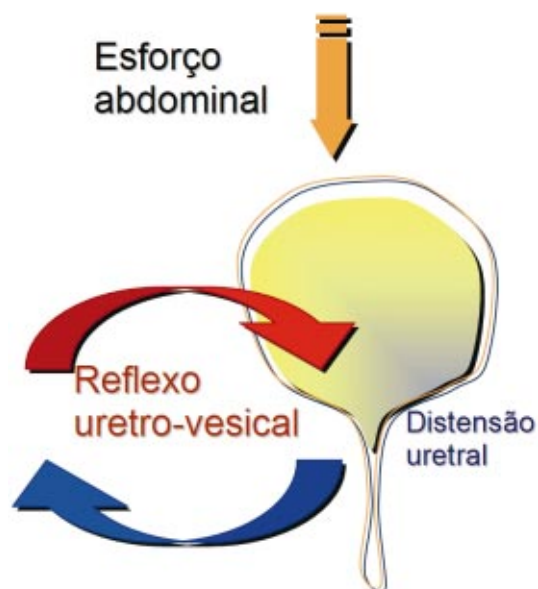


Figura 4 - Arco reflexo uretro-vesical

Conclusões

Frequentemente, a sucessão de esforço-contracção é muito clara. Num número importante (6%), surge como mecanismo de perda.

A importância do reconhecimento desta condição como causa de uma incontinência clinicamente de esforço resulta das opções terapêuticas.

A colocação de sling sub uretrais não promoverá teoricamente qualquer melhoria.

As opções lógicas de abordagem incidem sobre a redução da actividade aferente uretral ou na atenuação da actividade eferente. No primeiro caso seria interessante estudar, nestes casos, o efeito do encerramento mecânico do colo por ansa sub-cervical. A anulação da origem sensitiva na uretra proximal poderia produzir efeito semelhante no braço aferente do reflexo.

Possivelmente as terapêuticas anti-colinérgicas irão, pelo menos atenuar a força da contracção (eferente) desencadeada pelo esforço e permitir que este não resulte em incontinência.

Serão necessários estudos clínicos ara confirmar estas hipóteses, mas é claro desde já que a fisiopatologia da incontinência de esforço deve ser de avaliação urodinâmica antes de qualquer terapêutica invasiva podendo evitar manobras terapêuticas inadequadas.

Bibliografia

- 1 Schafer W, Abrams P, Liao L, Mattiasson A, Pesce F, Spangberg A, Sterling AM, Zinner NR, van Kerrebroeck P; International Continence Society. Good urodynamic practices: uroflowmetry, filling cystometry, and pressure-flow studies. *Neurourol Urodyn.* 2002;21(3):261-74
- 2 Shafik A, el-Sibai O, Ahmed I. Effect of urethral dilation on vesical motor activity: identification of the urethrovesical reflex and its role in voiding. *J Urol.* 2003 Mar; 169(3):1017-9
- 3 Gustafson KJ, Creasey GH, Grill WM A urethral afferent mediated excitatory bladder reflex exists in humans. *Neurosci Lett.* 2004 Apr 22;360(1-2):9-12
- 4 Boggs JW, Wenzel BJ, Gustafson KJ, Grill WM Spinal micturition reflex mediated by afferents in the deep perineal nerve. *J Neurophysiol.* 2005 May;93(5):2688-97
- 5 Jung SY, Fraser MO, Ozawa H, Yokoyama O, Yoshiyama M, De Groat WC, Chancellor MB. Urethral afferent nerve activity affects the micturition reflex; implication for the relationship between stress incontinence and detrusor instability. *J Urol.* 1999 Jul; 162(1): 204-12